

※必ず記入し、健康診断に持参してください

秘

健康診断問診票

学校名	大谷大学	□学部 □大学院	
学生番号		学 年	第 学年
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏名・性別	男・女		

1. あなたは今までに大きな病気（通院・入院・手術など）にかかったこと、
また現在治療中の病気がありますか？
【 はい ・ いいえ 】 ⇒ 「はい」と答えた人は以下にご記入ください。

病名 _____ (才) 手術 (有・無) 現在通院 (有・無) 薬 (有・無)

病名 _____ (才) 手術 (有・無) 現在通院 (有・無) 薬 (有・無)

病名 _____ (才) 手術 (有・無) 現在通院 (有・無) 薬 (有・無)

2. 現在、特に気になる自覚症状について、該当するものを○で囲んでください。

(0) 特になし

- (1) 頭痛 (2) 頭が重い (3) めまい (4) 立ちくらみ (5) よく眠れない
(6) 疲れやすい (7) 体がだるい (8) 食欲がない (9) のどが渇く (10) 胸やけ
(11) 吐き気 (12) 空腹時の胃痛 (13) 食後の胃痛 (14) 下痢 (15) 飲み込みにくい
(16) 動悸 (17) 息切れ (18) 息苦しい (19) 胸痛 (20) せきが出る
(21) たんが出る (22) 関節痛 (23) 腰痛 (24) 耳鳴り (25) 肩こり
(26) 腹痛 (27) 便秘 (28) しびれ (29) 頻尿 (30) 飲み込み時ひっかかる
(31) その他、自覚症状がある場合はご記入ください。

()

3. 女性の方におたずねします。該当するものを○で囲んでください。
現在生理中ですか？

【 はい ・ いいえ 】

4. 日頃、ストレスを感じていますか？ 該当するものを○で囲んでください。
【 ほとんど感じない ・ 少し感じる ・ 強く感じる ・ 非常に感じる 】

本学には学生相談室や保健室など様々な相談窓口を設置しています。悩みごとや困りごとがある場合は、
ひとりで抱え込まずに相談に来てください。

【本票の個人情報の利用目的】

本票で取得される個人情報は、健康診断および保健室での本人への保健指導に利用するものです。